

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Novembre 1908, à 1 heure

PAR

Léon THÉVENOT

Interne de la Maison départementale et de la crèche de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU PHIMOSIS CONGÉNITAL

ET DE

Son Traitement simple chez les Enfants

Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. RETTERER, agrégé
BRINDEAU, agrégé
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

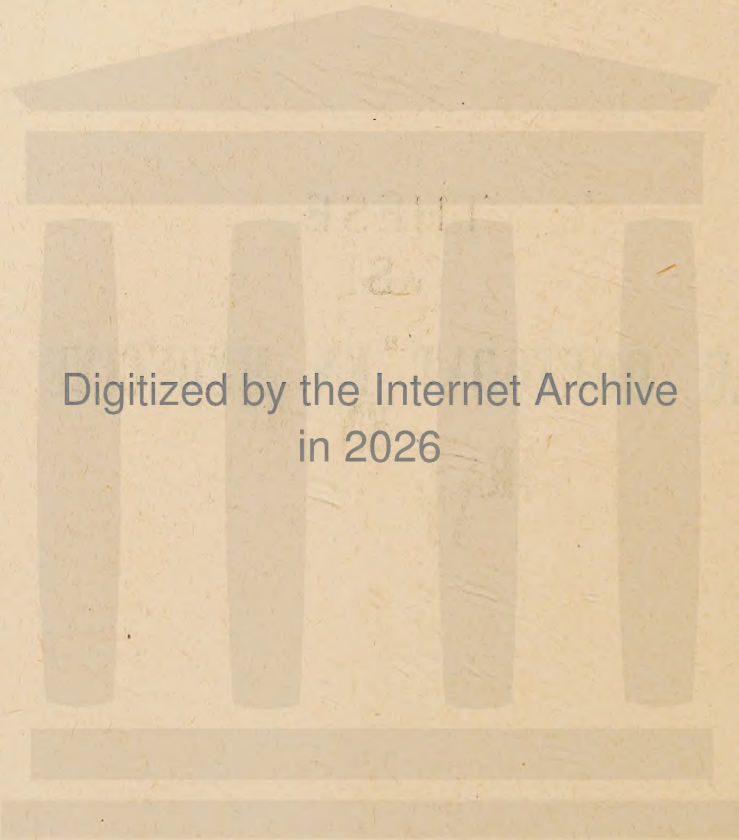
15, Rue Racine, 15

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 71

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Novembre 1908, à 1 heure

PAR

Léon THÉVENOT

Interne de la Maison départementale et de la crèche de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU PHIMOSIS CONGÉNITAL

ET DE

Son Traitement simple chez les Enfants

Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. RETTERER, agrégé
BRINDEAU, agrégé
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène.....	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLEST		
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY		
Maladies des enfants.....	HUTINEL		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER		
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND		
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	ICEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MICHEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Phimosis Congénital
et de
SON TRAITEMENT SIMPLE CHEZ LES ENFANTS

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir, à l'occasion de notre thèse, adresser nos remerciements aux maîtres qui nous ont prodigué avec tant de zèle et de dévouement leurs leçons et leurs conseils.

Notre reconnaissance ira tout d'abord à M. le professeur Roger qui nous a initié à l'étude de la pathologie interne et qui a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Qu'il nous soit permis de remercier les éminents chefs de service chez lesquels nous avons eu l'honneur de faire nos stages :

M. le D^r Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin ;

M. le Dr Carnot, agrégé, chargé de cours dans le service de M. le professeur Hayem à l'hôpital Saint-Antoine.

Notre gratitude ne s'adressera plus, hélas ! qu'à la mémoire du professeur Terrier dont la perte est si vivement déplorée de ses élèves qui avaient su apprécier en lui l'homme de bien et le maître éminent.

A la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, nous nous sommes initié à la pratique de l'obstétrique sous la direction de M. le professeur Bar et de M. le Dr Brindeau, accoucheur des hôpitaux : nous leur adressons notre plus vive reconnaissance.

A l'hôpital Lariboisière, nous avons fait un stage de quatre mois dans le service de M. Sébilleau qui a été pour nous un maître dévoué et dont nous avons pu apprécier la science et la sûreté de diagnostic : nous lui exprimons toute notre gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres d'internat, MM. les Drs Laugier et E. Reymond.

Nos remerciements iront surtout à notre maître M. le Dr Sapelier, chevalier de la Légion d'honneur, ancien chef de clinique du professeur Potain qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a dirigé dans cette étude : nous ne saurons jamais assez lui témoigner notre reconnaissance.

Nous nous souviendrons toujours des bons conseils que nous a donnés M. le professeur agrégé Desgretz, pendant tout le cours de nos études, qu'il

veuille bien agréer ici l'expression de notre sincère gratitude.

Enfin, nous nous permettons de bien vivement remercier M. le professeur Bar, conscient du très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

A la fin de nos études médicales, nous sommes resté pendant une année interne à la crèche de la Maison départementale de la Seine dans le service de notre maître M. le Dr Sapelier. Là nous avons eu l'occasion d'examiner un grand nombre d'enfants et frappé de la fréquence du phimosis congénital notre maître nous a exhorté à étudier cette affection. Nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas un moyen de remédier ou plutôt de prévenir les complications que peut engendrer cette infirmité.

Notre chef de service, ayant eu l'occasion de soigner un phimosis congénital chez un jeune homme qui refusait toute intervention chirurgicale, nous proposa d'essayer sa méthode chez les enfants et, voyant qu'elle donnait de bons résultats, nous avons résolu de faire de cet essai le sujet de notre thèse.

Bien des auteurs avaient manifesté leur désir de voir soigner les enfants atteints du phimosis ou de ses complications. Le professeur Grancher dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, tome III, dit : « Rien n'est plus facile que de rompre les adhérences balano-préputiales lorsque l'orifice du prépuce est

large. Il suffit de ramener cet organe en arrière du gland, et il serait à désirer que cette petite manœuvre s'introduisît dans toute les maternités et que les nouveau-nés y fussent soumis. »

Nous avons essayé de faire plus, c'est-à-dire non seulement de rompre les adhérences balano-préputiales, mais encore d'agir sur l'orifice préputial et sur le rétrécissement phimotique.

Nous avons donc examiné et soigné une trentaine d'enfants dont on trouvera la plupart des observations dans cette thèse avec les résultats obtenus.

Nous les avons fait précéder de quelques notions sur l'anatomie de la verge de l'enfant et des accidents que peut engendrer le phimosis congénital.

Enfin, nous avons fait ressortir les dangers et les troubles qui peuvent être occasionnés par une circoncision tardive et nous avons résumé sous forme de conclusion les réflexions qui nous ont été suggérées au cours de notre étude.

DÉTAILS ANATOMIQUES

Si, avant d'étudier la verge chez l'enfant, nous remontons à l'embryologie, celle-ci nous enseigne que c'est vers le quatrième mois de la vie intra-utérine que la peau du pénis commence à recouvrir le gland. Le prépuce, désormais constitué, continue à s'accroître, il dépasse plus ou moins l'extrémité de la verge en même temps que son extrémité se rétrécit. Le phimosis existe donc à peu près constamment chez l'enfant qui vient de naître.

Le prépuce est la partie de la verge qui recouvre le gland. La couche cutanée du pénis, parvenue au niveau ou au devant du gland, se resserre pour former le limbe préputial, se replie et s'adosse à elle-même, en prenant le caractère d'une muqueuse qui se refléchit derrière la couronne du gland pour se continuer avec la muqueuse de celui-ci. De légères fibres musculaires siègent au-dessous de la peau, elles forment d'après Tillaux un petit sphincter sur le limbe préputial. La couche celluleuse de la verge se prolonge également dans le prépuce.

Le prépuce est long, plus ou moins charnu, effilé d'abord, pour se terminer par un petit élargissement

fongöide dont le centre livre passage à l'urine, mais dans quelques cas le prépuce est court, accolé juste au gland sur lequel il se modèle. On peut donc observer deux espèces de phimosis : le phimosis hypertrophique et le phimosis atrophique.

Le Dr Félizet dans son traité : *De la Circoncision, Indications et Manuel opératoire*, dit que « dans les phimosis à peau longue, l'obstacle au découvrément du gland consiste, en dehors de tout état inflammatoire, dans une étroitesse et le siège de cette coarctation n'est ni le pli de la réflexion de la peau, ni sa jonction avec la muqueuse. C'est un peu plus loin et sur la muqueuse elle-même que siège la coarctation. Le rétrécissement est très court, presque linéaire. »

Chez les enfants, le gland est ordinairement peu développé et présente une forme arrondie ou aplatie. Sa surface est dans la grande majorité des cas adhérente à la muqueuse préputiale.

Dans nos nombreux examens, nous avons pu constater que les adhérences ne manquaient pour ainsi dire jamais : 2 enfants seulement sur 50 ne présentaient pas d'adhérences, nous avons remarqué une seule fois sur les 30 enfants traités une adhérence complète du gland et du prépuce.

Le Dr Félizet, dans sa statistique, trouve que les adhérences totales sont un peu plus fréquentes que nous ne venons de le signaler : 5 sur 42 circoncisions.

Au contraire, on peut dire que les adhérences partielles sont la règle.

Les adhérences préputiales ne sont d'ailleurs que la persistance d'un état fœtal. Bokaï et Sweiger-Seïdel ont démontré, dans les *Archives de Virchow* de 1866, que le prépuce est, lors de sa formation absolument adhérent au gland.

Dans leur article « Pénis » du *Dictionnaire de Dechambre*, MM. Monod et Brun disent : « que le prépuce ne deviendrait libre qu'à une époque mal déterminée, qui précède la naissance ou qui même la suivrait ».

Dans le phimosis congénital le méat urinaire ne présente rien de particulier, nous n'avons observé qu'une seule fois l'étroitesse de ce dernier, étroitesse plutôt apparente que réelle car elle était due à de légères adhérences n'offrant aucune résistance et qui le voilaient plutôt qu'elles ne le rétrécissaient.

Chez les enfants le frein est ordinairement court et se présente souvent, dit le Dr Félizet, « avec une arête anormale et un corps épaissi ».

En tous cas il offre peu de résistance et se laisse facilement distendre par les tractions. Sa brièveté a simplement pour effet d'attirer le gland et le méat en bas et de faire croire à un hypospadias qui n'existe pas en réalité.

PATHOLOGIE DU PHIMOSIS

Après avoir brièvement passé en revue l'anatomie pathologique du phimosis, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur les nombreux processus morbides que peut engendrer cette infirmité.

Nous parlerons d'abord de la complication habituelle, nous avons nommé la balanite. Il est une condition capitale qui domine l'étiologie de la balanite, c'est le phimosis. Cette disposition anatomique a une importance telle ici que souvent elle suffit seule à développer la maladie sans le concours d'autres causes adjuvantes.

Chez le nouveau-né, chez les enfants on voit parfois se produire des suppurations verdâtres et épaisses qui s'écoulent du prépuce et tachent le linge à la façon d'une blennorrhagie. Du reste combien de fois dans la pratique ces suppurations ont-elles été regardées comme la conséquence d'une contamination vénérienne alors qu'en réalité elles sont seulement produites par une balanite ou une balano-posthite dont le phimosis est la véritable cause.

De plus, le phimosis banal est capable de produire des effets divers, bien étudiés et bien indiqués en

France : des troubles fonctionnels du côté de la vessie et de l'urètre, des hernies, des prolapsus du rectum, de l'hydrocèle. M. le D^r Denucé consacre un article dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* aux hydrocèles consécutives au phimosis congénital et il ajoute : « Le mécanisme pathogénique de ces hydrocèles accompagnant le phimosis est difficile à expliquer et les interprétations en sont nombreuses. »

Quoi qu'il en soit, les statistiques montrent que le phimosis congénital peut s'accompagner non seulement de hernies mais d'hydrocèles soit acquises, soit congénitales et que la guérison du phimosis suffit souvent pour amener la guérison de ces complications.

Le phimosis amène aussi des troubles réflexes à distance, étudiés par les Américains et frappant surtout, de façon bien inattendue, tout le système nerveux, tels que l'irritation cérébrale, l'insomnie, les convulsions, les attaques épileptiformes, la chorée, les palpitations, du strabisme, des parésies, des paralysies et même des contractions.

Le D^r Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades de Bordeaux, a fourni huit observations montrant que l'étroitesse de l'orifice préputial pouvait être un danger pour la vie même de l'enfant, voici comment :

« Le parallélisme n'est pas toujours exact entre l'orifice préputial et l'orifice du méat urinaire. L'urine commence par être retenue en petite quantité

après la miction, puis l'accumulation des sécrétions épithéliales et glandulaires irritantes, la présence d'une urine épaisse et sédimenteuse comme on l'observe parfois chez les enfants d'arthritiques et pendant les grosses chaleurs, amène l'inflammation du gland et du prépuce, et tout doucement l'orifice d'excrétion se ferme. L'infiltration d'urine s'opère et peu à peu, la rétention elle-même s'établit.

« L'enfant, si on n'intervient pas chirurgicalement, sans hésitation, par de larges débridements, peut succomber alors soit au progrès de l'infiltration rapidement suivie de phacèle, soit à l'urémie aiguë.

« Quand les événements revêtent une allure moins dramatique, c'est l'avenir qui est menacé, les enfants restent exposés aux conséquences fâcheuses du phimosis et il faut intervenir, pour les y soustraire, par une opération sanglante dont les résultats ne sont pas toujours parfaits. »

L'espace balano-préputial peut encore être le siège de concrétions lithiques formées soit par les sels de l'urine soit par des calculs venus de la vessie et s'arrêtant au niveau du rétrécissement phimotique.

C'est en somme une complication assez fréquente observée par J.-L. Petit, étudiée par Boudillat dans sa thèse de Paris (1872). Villard, Alexandre Louis, Piraire en ont rapporté de nombreuses observations.

Dans le même ordre d'idées, on peut signaler comme complication du phimosis l'accumulation de matière sébacée entre le gland et le prépuce. Fano

a observé en 1867 un enfant de trois ans, qui, atteint de phimosis congénital serré, avait sur la partie latérale gauche du prépuce une tumeur du volume d'une amande, datant de six semaines et qui n'était autre qu'un kyste sébacé sous-préputial.

Par la malpropreté qu'il entraîne le phimosis favorise l'eczéma du gland et produit un prurit intense qui donne aux jeunes enfants des habitudes de masturbation, accidents qu'il est si facile d'éviter par un traitement approprié.

Lorsqu'on pense à de semblables complications, on est étonné de voir qu'on ne fait rien pour les prévenir et qu'habituellement on laisse les enfants sans soin, alors que par un traitement simple on peut remédier à la plupart de ces accidents.

MÉTHODE DE TRAITEMENT

Avant de publier nos observations, nous allons exposer notre méthode de traitement :

Après avoir couché l'enfant, les jambes écartées sur un lit, nous lui lavons soigneusement la verge avec de l'eau boriquée tiède. Puis pour assurer la propreté du gland et du prépuce, nous introduisons dans l'espace balano-préputial l'extrémité, préalablement émoussée et flambée, d'une aiguille à injection hypodermique.

Nous adaptons à cette aiguille un tube de caoutchouc ajusté d'autre part sur l'embout d'une seringue de Roux. L'interposition de ce tube a pour but d'éviter que l'enfant ne se blesse s'il vient à se débattre. Une fois l'appareil ainsi mis en place, nous poussons lentement l'injection. Celle-ci, tout en assurant la propreté de la région, distend le prépuce et en dilate l'orifice.

A chaque séance, nous injectons ainsi environ 200 centimètres cubes de liquide, c'est-à-dire le contenu d'une dizaine de seringues de Roux. Cette quantité nous a paru dans tous les cas suffisante pour obtenir une dilatation nous permettant les tractions manuelles sur le prépuce.

Ces manœuvres deviennent possibles quand l'extrémité antérieure du gland apparaît. En effet à ce moment seulement le prépuce peut être légèrement ramené en arrière. On peut apercevoir alors les adhérences balano-préputiales qui existent dans presque tous les cas, ce qui permettra de procéder, sous le contrôle de la vue, à la libération progressive du gland par rupture de ces adhérences.

Pour obtenir ce résultat, voici le procédé que nous avons employé :

La verge étant fixée par la main gauche appliquée à sa base, la main droite opère des tractions lentes et progressives sur la peau du prépuce pour essayer de le ramener en arrière du gland. On s'arrête dès qu'on a rompu les premières adhérences qui sont ordinairement très friables et on termine par un second lavage du gland.

En procédant ainsi, par séances brèves, l'enfant souffre peu ou pas et reste le plus souvent immobile dès le premier essai de traitement.

Les jours suivants, à mesure que le gland se libère et qu'on approche de la rainure balano-préputiale, les adhérences étant ordinairement plus résistantes, plus difficiles à rompre à cet endroit du gland, on fait des progrès moins rapides. Malgré tout, il suffit le plus souvent d'un nombre de séances assez restreintes pour arriver à découvrir complètement le gland.

Toutefois, au cours de ces manœuvres, on s'appliquera à ne pas faire franchir au prépuce la rainure

balano-préputiale. Car, à ce moment, la dilatation du rétrécissement phimotique n'étant pas achevée, on s'exposerait à produire un paraphimosis qui autant que possible devra être évité. Si toutefois cet accident se produisait, il serait facile d'y remédier immédiatement en réduisant ce paraphimosis par les procédés ordinaires.

La dilatation complète du rétrécissement phimotique sera obtenue dans les séances ultérieures, le gland jouant par rapport au prépuce le rôle de dilatateur, pendant les tractions opérées sur ce dernier.

Ce résultat acquis on aura soin, lorsque le prépuce aura été ramené en arrière du gland, de recouvrir la muqueuse de ce dernier de vaseline boriquée, de façon à permettre un glissement plus facile.

Le traitement ne doit être du reste cessé que quelques jours après la guérison complète, si l'on veut que la dilatation acquise soit définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

B. E..., cinq ans et demi, né à terme, Jamais de maladie. L'enfant est porteur d'un phimosis congénital compliqué de balanite. La peau du prépuce dépasse le gland d'environ un centimètre et demi. Elle est rouge, tuméfiée, douloureuse. L'orifice préputial est punctiforme et laisse passer difficilement l'extrémité d'une aiguille de seringue de Roux dont nous avons émoussé la pointe pour éviter toute blessure.

Avant de commencer la dilatation, nous soignons d'abord la balanite par des injections sous-préputiales d'eau boricuée tiède, tout signe d'inflammation disparaît après quatre jours de traitement et le 5 avril nous entreprenons la dilatation du rétrécissement phimotique.

Nous injectons dans le canal préputial de l'eau boricuée tiède pour essayer de distendre mécaniquement le rétrécissement. Le résultat ne se fait pas attendre, nous obtenons une dilatation suffisante pour apercevoir l'extrémité du gland et nous essayons alors de ramener le prépuce en arrière, mais nous ne pouvons vaincre la résistance offerte par les adhérences.

Le 6 avril nous cherchons à rompre les brides préputiales par des tractions douces et méthodiques qui nous per-

mettent de libérer complètement la partie antérieure et supérieure du gland. Il n'en est pas de même sur les côtés, là les adhérences sont solides et résistent à nos tentatives et ce n'est que le surlendemain que nous parvenons au résultat cherché.

Cette fois le gland apparaît complètement, il est arrondi, un peu plus volumineux à droite qu'à gauche, le frein de la verge est assez court et attire le méat en bas. Le sillon balanopréputial renferme quelques sécrétions cérumineuses que nous enlevons par un lavage à l'eau boriquée, puis nous enduisons la surface du gland d'huile de vaseline stérilisée pour lubrifier les parois.

Les jours suivants nous ramenons le prépuce en arrière du gland à seule fin de conserver le résultat acquis et nous abandonnons le traitement estimant que la guérison était complète.

Nos prévisions se réalisèrent attendu que, ayant examiné l'enfant trois mois après, nous avons pu constater que la dilatation du prépuce s'était maintenue.

OBSERVATION II (Personnelle)

J. J..., mulâtre, âgé de quatre ans, né à terme, hérédosyphilitique.

L'enfant est porteur d'un léger phimosis hypertrophique. Nous commençons le traitement le 20 avril en faisant des injections d'eau boricuée entre le gland et le prépuce. Le gland apparaît rapidement, mais nous rencontrons quelques brides balano-préputiales assez lâches pour pouvoir être rompues au bout de la deuxième séance de tractions manuelles.

Nous insistons alors pour obtenir la dilatation complète du rétrécissement phimotique. Nous y arrivons sans difficulté. Le gland présente une forme conique très accentuée ; sa rainure renferme quelques concrétions de smegma. Essayant de ramener le prépuce en avant, nous constatons avoir déterminé un léger paraphimosis que nous réduisons d'ailleurs séance tenante avec la plus grande facilité.

Cet accident que nous n'avons plus eu à constater dans nos massages ultérieurs, était dû cette fois à la trop grande rapidité de la dilatation.

Ayant recommencé l'opération quelques jours après, nous n'avons eu aucune peine à mettre le gland à découvert et le résultat s'est maintenu, comme nous avons pu le constater par les examens répétés que nous avons faits dans la suite.

OBSERVATION III (Personnelle)

M. A..., trois ans, né à terme, bien constitué, n'a présenté aucune maladie. A l'examen de la verge on constate un phimosis congénital à forme atrophique, c'est-à-dire un phimosis à prépuce court, accolé juste au gland sur lequel il se modèle. Essayant de rétroverser le prépuce, nous ne pouvons y parvenir à cause des adhérences multiples unissant ce dernier au gland. En avant le frein se confondait avec ces adhérences, mais en exerçant des tractions, il semblait que l'on pouvait le délimiter, de plus les brides venaient s'insérer sur les bords du méat urinaire sans toutefois le rétrécir. Il y avait donc adhérence complète du gland et du prépuce, forme qui doit être rare, si nous nous en rapportons à nos recherches bibliographiques.

Nous entreprenons le traitement le 25 avril : lavage de la verge à l'eau boriquée et nous essayons d'injecter du liquide entre le gland et le prépuce, mais les adhérences nous empêchent d'obtenir le résultat cherché.

Devant cet insuccès nous cherchons immédiatement à rompre les brides balano-préputiales en opérant des tractions douces et progressives sur le prépuce, et ce n'est qu'à la troisième séance que nous obtenons la rupture des adhérences les plus superficielles. Cette fois notre besogne est facilitée, car nous pouvons distendre les brides et le prépuce en faisant sous ceux-ci des injections d'eau boriquée. La plupart des adhérences sont rompues par de légères traction et seules, celles situées à la partie inférieure sur les côtés du frein offrent encore une certaine résistance. Craignant de fatiguer l'enfant,

nous abandonnons le traitement jusqu'au surlendemain et ce n'est qu'après une vingtaine de minutes de traitement que nous obtenons la déchirure complète des brides et la sortie du gland.

Le rétrécissement phimosique est complètement dilaté et nous pouvons faire décalotter le prépuce sans aucun effort. Aujourd'hui la guérison est obtenue, le gland se découvre bien et aucun accident n'a été observé.

OBSERVATION IV (Personnelle)

D. L..., trois ans. Né à terme. Jamais de maladie. L'examen de la verge permet de constater un phimosis très accentué, s'étendant sur une longueur de 1 centimètre.

Dilatation commencée le 2 mai. L'orifice du prépuce est punctiforme et ne permet que l'introduction d'un stylet. Nous injectons de l'eau boriquée par cet orifice, il se dilate et après quelques minutes de tractions manuelles sur le prépuce, nous pouvons apercevoir le méat urinaire puis l'extrémité antérieure du gland. Mais la dilatation ne progresse plus, le prépuce est adhérent au gland dans toute sa moitié gauche et sa partie supérieure. C'est alors que nous faisons pénétrer l'aiguille de notre seringue dans l'espace balano-préputial droit, libre de toute adhérence et nous y injectons environ 100 grammes d'eau boriquée tiède. Cette méthode nous permet d'obtenir une dilatation assez rapide du rétrécissement phimotique, dilatation que nous complétons par les tractions sur le prépuce. Les adhérences sont rompues, le gland se présente alors, comme il est d'usage dans les phimosis, très mince et très effilé. Sa moitié gauche est un peu moins volumineuse que la droite où se trouvaient les brides. La rainure balano préputiale est recouverte de smegma ayant déterminé une légère balanite. Nous faisons la toilette du gland et ramenons le prépuce en avant, en ayant soin de l'enduire au préalable d'une couche légère de vaseline boriquée.

Puis les jours suivants, nous avons soin de faire décalotter

plusieurs fois le prépuce et nous avons pu constater qu'après cinq jours de ces manœuvres, le gland sortait librement de son fourreau et que l'anneau phimotique n'opérait plus aucune constriction.

Nous avons eu l'occasion de revoir l'enfant plusieurs mois après le traitement, la peau du prépuce était restée souple et facilement dilatable.

OBSERVATION V (Personnelle)

B. L..., deux ans et demi. Né de mère bacillaire. L'enfant a eu des bronchites répétées. N'a marché qu'à l'âge de deux ans. Il est atteint de phimosis congénital avec prépuce long d'environ 1 centimètre et demi. L'orifice préputial est petit, légèrement tuméfié et rouge à l'extrémité mais ne présentant pas d'excoriation.

11 mai. — Nous commençons le traitement : lavage soigné de la verge à l'eau boriquée suivi d'injections entre le gland et le prépuce.

12 mai. — Nouvel essai, l'orifice préputial commence à se dilater et devient plus souple.

13 mai. — Tractions répétées et lentes sur le prépuce. Le gland apparaît et laisse apercevoir des adhérences latérales l'unissant au prépuce. La partie antérieure et supérieure est libre de toutes brides.

14 mai. — Nous obtenons la rupture des adhérences. A ce moment il se produit une légère ecchymose sur le prépuce, accident qui n'a du reste présenté aucun inconvénient car nous avons pu continuer le traitement le surlendemain sans aucune douleur pour l'enfant. C'est alors seulement que nous avons décalotté le prépuce.

Le résultat fut maintenu en ramenant tous les jours le prépuce en arrière du gland pendant les huit jours suivants et en enduisant après cette petite manœuvre, le gland de vaseline boriquée.

Le rétrécissement phimotique est resté dilaté.

OBSERVATION VI (Personnelle)

B. R..., deux ans, né à terme, rachitique. Nous avons occasion d'examiner l'enfant le 29 janvier et nous constatons qu'il présente un phimosis congénital. Le prépuce déborde le gland d'environ 1 centimètre et à la palpation on sent très nettement l'anneau constricteur situé à quelques millimètres en avant du gland.

L'orifice préputial est petit et permet seulement l'entrée de l'aiguille de Roux.

Nous commençons les injections d'eau boriquée le 1^{er} février. Nous faisons passer sous l'espace balano-préputial environ 100 centimètres cubes de liquide.

Par ce moyen, nous obtenons une souplesse plus grande du prépuce, son orifice se dilate et nous entreprenons le traitement manuel le 2 février. Nous découvrons l'extrémité antérieure du gland, mais l'enfant manifestant des signes d'impatience, nous recommençons le traitement le lendemain.

Nous ne pouvons ramener le prépuce en arrière à cause des adhérences qui l'unissent au gland, adhérences qui se laissent distendre facilement et qui ne semblent pas présenter une très grande solidité. En effet, trois jours de traitement suffirent pour vaincre leur résistance, le gland put être complètement dégagé et aucun obstacle ne nous gênait plus pour ramener le prépuce en arrière de celui-ci.

Après avoir enduit la muqueuse balanique de vaseline boriquée, nous l'avons recouverte de son capuchon préputial.

Puis, les jours suivants, nous avons recommencé les manœuvres consistant à faire franchir au gland l'anneau de

constriction, jusqu'à ce que la dilatation du rétrécissement phimosique nous parut complète.

Le résultat fut obtenu après six jours de ce traitement.

Nous ne savons si la réussite fut parfaite, l'enfant ayant quitté la crèche peu de temps après nos essais. En tout cas, à ce moment, on pouvait faire décalotter librement le prépuce.

OBSERVATION VII (Personnelle)

D. E..., un an. L'enfant est porteur d'un phimosis congénital, la peau du prépuce dépasse la surface du gland d'environ 2 centimètres. L'orifice préputial est punctiforme, mais sa périphérie est assez souple et permet une dilatation rapide. Le rétrécissement phimotique se laisse distendre après deux séances de traitement et permet la sortie de la portion antérieure du gland. Celui-ci ne présente d'adhérences qu'au niveau de la rainure balano-préputiale, adhérences faciles à rompre en tirant légèrement et à plusieurs reprises sur le prépuce.

Pendant huit jours, nous faisons sortir le gland de son fourreau, cette manœuvre a pour but d'achever la dilatation du prépuce, nous enduison la muqueuse balanique de vaseline boriquée pour faciliter les glissements, et nous abandonnons le traitement estimant que l'enfant était guéri.

Nous avons eu l'occasion de l'examiner quelques mois après, les résultats s'étaient maintenus, le prépuce pouvait être ramené en arrière du gland sans aucun effort.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

A. F..., âgé de trois mois.

Pas d'antécédents personnels. Au point de vue héréditaire, l'enfant est né de mère bacillaire.

A l'examen de la verge, on constate un phimosis avec un prépuce d'une longueur d'environ 1 cm. 5.

L'orifice préputial est à peine visible, pour le faire apparaître il faut avoir soin d'exercer une traction sur la peau du prépuce. L'urine passe difficilement par cette étroite ouverture et à chaque miction, l'enfant pousse des cris. De plus l'urine distend le canal préputial et après chaque miction on observe une légère tumeur arrondie, fluctuante, située en avant du gland et formée par les dernières gouttes d'urine qui n'ont pu s'écouler.

En présence de ces accidents, la dilatation s'imposait, nous l'avons commencée le 10 mai dernier en essayant de distendre cet orifice rétréci en y injectant de l'eau boriquée tiède. Au bout de quatre jours de ce traitement nous sommes arrivé à faire apparaître le gland. L'extrémité antérieure de celui-ci était rouge, tuméfiée, inflammation ayant pour cause l'irritation produite par l'urine stagnante.

De plus la surface du gland était adhérente au prépuce dans presque toute son étendue, et ce n'est qu'après trois jours d'une dilatation manuelle lente et progressive que nous sommes parvenu à rompre les brides balano-préputiales.

Cette fois la tâche était facile, le rétrécissement phimosi-

que s'était dilaté, le gland ayant élargi l'anneau de constriction, et le prépuce pouvait être ramené en arrière du gland sans difficulté.

Le résultat fut excellent, la miction devint facile, l'inflammation disparut et à l'heure actuelle on peut faire décalotter le prépuce sans aucune douleur pour l'enfant.

OBSERVATION IX (Personnelle)

P. A... huit mois et demi, né à terme, bien portant.

A l'examen de la verge on constate un phimosis hypertrophique, toutefois, au premier abord, le rétrécissement paraît peu serré, car on peut faire sans grand effort apparaître l'extrémité antérieure du gland.

15 février. — Nous poussons une injection d'eau boriquée dans l'espace balano-préputiale, injection d'environ 60 centimètres cubes. Le prépuce se dilate suffisamment pour qu'on puisse découvrir le tiers antérieur du gland libre de toute adhérence.

Par contre, on apercevait sur les parties latérales de chaque côté du gland de légères brides se laissant facilement distendre lorsqu'on tirait sur le prépuce.

Après deux séances de ce traitement, nous obtenons la rupture complète des adhérences, le prépuce peut être ramené en arrière du gland.

Les jours suivants nous maintenons la dilatation de l'anneau par des tractions légères sur le prépuce. Après huit jours de ce traitement le rétrécissement a disparu.

OBSERVATION X (Personnelle)

A. L..., dix mois. Pas d'antécédents. A l'examen de la verge on constate un phimosis congénital avec prépuce dépassant le gland d'une longueur d'environ 1 centimètre et demi. L'orifice préputial est petit.

6 juin. — Nous injectons de l'eau boriquée tiède par cet orifice, nous obtenons rapidement une dilatation suffisante pour apercevoir le gland.

7 juin. — Nous commençons les tractions sur le prépuce, la portion antérieure du gland apparaît libre de toute adhérence. On ne remarque des adhérences que sur les parties latérales de chaque côté du frein.

Après trois séances de tractions légères, nous parvenons à vaincre la résistance offerte par les brides balano-préputiales et le gland sort complètement de son fourreau. Il présente une forme arrondie, il est d'un volume normal. Le frein est un peu court et nous a gêné dans nos manœuvres parce qu'il attirait le gland en bas et en empêchait les glissements.

Bref, au bout de quatre séances, nous avons obtenu la libération complète du gland, le prépuce s'était suffisamment dilaté pour permettre sa sortie.

Les jours suivants furent employés à maintenir la dilatation en ramenant le prépuce en arrière du gland, et après dix séances de ces manœuvres nous avons constaté que le rétrécissement phimotique n'existait plus.

Le traitement fut alors abandonné, le résultat s'est maintenu et à l'heure actuelle on peut faire décalotter le prépuce sans aucun effort.

OBSERVATION XI (Personnelle)

P. A..., âgé de neuf mois. Nous l'examinons pour la première fois le 20 mai et, constatant la présence d'un phimosis congénital très serré, nous décidons de lui appliquer le traitement.

L'orifice préputial permet à peine d'apercevoir le méat urinaire. Nous introduisons péniblement l'aiguille de la seringue de Roux entre le gland et le prépuce. Dès la première injection, nous avons l'impression que l'eau ne pénètre pas profondément et qu'il existe probablement des adhérences très serrées entre ces deux organes. Ce n'est qu'à la cinquième injection que nous avons obtenu un commencement de dilatation nous permettant de voir les brides fibreuses épaisses et résistantes.

Commençant alors le traitement manuel, nous avons la satisfaction de constater, après trois séances de ce traitement, que les adhérences se relâchent et cèdent peu à peu.

La dilatation complète du rétrécissement phimotique se produisit environ vers la dixième séance.

Il ne nous a pas été malheureusement donné de poursuivre cette observation plus longtemps, car l'enfant succomba le mois suivant des suites de troubles gastro-intestinaux.

OBSERVATION XII (Personnelle)

F. B..., un an, né à huit mois, hérédosyphilitique.

L'enfant est porteur d'un phimosis congénital très serré, il est complètement impossible de ramener le prépuce en arrière et de faire apparaître le gland. On sent très nettement à la palpation du prépuce l'anneau de constriction qui met obstacle à la sortie du gland.

Nous entreprenons le traitement le 10 juin en injectant entre le gland et le prépuce environ 200 centimètres cubes d'eau boriquée, cette injection dilate très légèrement le prépuce, et nous arrivons après deux séances de dilatation manuelle à faire apparaître l'extrémité antérieure du gland.

Nous sommes immédiatement arrêté par les adhérences. Le prépuce ne glisse plus, et en essayant de l'attirer en arrière, nous voyons des brides fibreuses minces unissant la muqueuse du gland à celle du prépuce.

Celles-ci n'offrent pas de résistance et se laissent rompre après quelques tractions sur le prépuce. Mais nous tombons quelques millimètres plus loin sur des brides beaucoup plus serrées, brides surtout solides à gauche.

Le traitement ne nous donnait aucun résultat et ces adhérences paraissaient impossible à rompre par notre méthode. Malgré tout nous n'avons pas perdu courage, et à la huitième séance, chaque séance ayant duré environ dix minutes, nous avons eu la satisfaction d'arriver au résultat cherché. Les adhérences distendues, amincies par les tractions précédentes finirent par céder et le gland fut complètement mis à nu. Il avait une forme étalée, plus petit à gauche qu'à droite. La

rainure balano-préputiale était couverte de smegma qu'un lavage à l'eau boriquée suffit à faire disparaître.

Dans la suite, nous avons été obligé de ramener le prépuce en arrière du gland pendant une dizaine de jours pour conserver la dilatation acquise, qui s'est du reste maintenue.

[Signature]

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Le jeune G... Georges, que nous avons l'occasion d'examiner le 28 mai, est âgé de dix-sept mois, et quoique jouissant d'une excellente santé présente de nombreux stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, troubles de l'éruption dentaire, etc. etc.

Il est atteint de phimosis léger, compliqué cependant de balano-posthite. L'orifice préputial assez extensible permet d'apercevoir sans efforts le tiers antérieur du gland rouge exulcéré. Des adhérences existent dans la profondeur, mais paraissent faibles et peu serrées. Pendant les trois premiers jours, nous nous bornons à pratiquer des injections d'eau boriquée à cause des accidents inflammatoires, légers d'ailleurs, qui ne tardent pas à disparaître.

Laissant l'enfant au repos pendant deux jours, nous essayons de ramener le prépuce en arrière du gland et, comme nous l'avions prévu, les brides minces et peu serrées, cèdent à la première séance.

Combinant tous les trois jours nos injections et notre dilatation manuelle, nous avons maintenu le résultat jusqu'au 15 juillet, date à laquelle l'enfant a quitté la crèche de la Maison départementale.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

20 mars. — Entrait à la crèche l'enfant G. L..., âgé de deux ans, lequel présentait un prépuce exubérant dont l'orifice punctiforme, permettait à peine la sortie de l'urine qui s'écoulait goutte à goutte après avoir distendu le canal préputial.

Ce n'est qu'à la quatrième séance d'injection qu'il nous est donné d'apercevoir l'extrémité antérieure du gland, rouge, tuméfiée, recouverte d'un léger exsudat. De plus le gland était incurvé en bas et son extrémité antérieure ne présentait pas de trace de méat urinaire.

Quelques jours après, la dilatation ayant lentement progressé, nous apercevons cet orifice rejeté à la face inférieure du gland, vers le tiers postérieur de cet organe, en un mot, nous avons à faire à un hypospadiase.

Le frein nous apparaît court et trapu, inextensible. Nous libérons assez péniblement le prépuce en haut et sur les côtés.

Les adhérences inférieures demandent encore trois séances de traitement avant de pouvoir être rompues.

Le rétrécissement phimosique est dilaté. Le gland est mis complètement à découvert mais reste incurvé, gardant sa malformation congénitale.

Les troubles de la miction ont complètement disparu.

OBSERVATION XV (Personnelle)

5 février. — Entrait à la crèche l'enfant Ch. M..., âgé de deux mois et demi. A l'examen de la verge on constate un phimosis congénital. Le prépuce dépasse le gland d'environ 1 centimètre. L'orifice préputial est à peine visible, ses bords paraissent accolés l'un à l'autre.

Nous essayons la dilatation le 8 février et nous commençons par injecter dans l'espace balano-préputial le contenu de quelques seringues de Roux. L'eau boricuée dilate le canal préputial et après la première injection nous constatons que le prépuce s'est suffisamment assoupli pour pouvoir essayer de le ramener en arrière du gland.

Le lendemain, nous tirons sur la peau du prépuce, le gland apparaît. Des adhérences légères unissent sa partie antérieure et supérieure au prépuce, sur les côtés les surfaces sont libres, c'est-à-dire qu'elles ne présentent aucune bride.

Nous attirons doucement et progressivement le prépuce en arrière du gland, les adhérences assez friables disparaissent, et après quatre jours de traitement le gland est complètement libre. Les jours suivants l'anneau déjà dilaté est encore rendu plus souple, sa surface est enduite de vaseline boricuée, les frottements entre le gland et le prépuce étant ainsi rendus plus facile.

Le résultat fut satisfaisant, après cinq jours de ce traitement, l'anneau phimotique n'offrait plus aucune résistance et le gland pouvait franchir librement l'orifice préputial.

Nous avons revu l'enfant il y a environ un mois, et ayant

examiné sa verge nous n'avons plus trouvé trace de phimosis.

En terminant l'exposé de nos observations personnelles, nous publions, avec l'autorisation de notre maître, une observation qui lui est due et qui, en quelque sorte, a servi de point de départ à notre travail.

M. X..., âgé de trois ans, est atteint de phimosis congénital. Ses parents intrigués et inquiets de ce vice de conformation mandent le médecin de la famille et le prie de faire disparaître le phimosis.

On propose aussitôt la circoncision. La famille s'y opposa. M. le Dr Nélaton, chirurgien des hôpitaux, est alors appelé en consultation, et prétend lui aussi qu'il n'y a pas d'autre traitement que celui indiqué par le médecin traitant.

Nouveau refus des parents.

C'est alors que notre maître proposa, sans grande confiance du reste, la méthode de traitement dont nous avons parlé dans notre thèse. Du reste, contre toute espérance, ce traitement réussit admirablement et à l'heure actuelle le jeune homme est complètement guéri de son phimosis.

Il nous semble intéressant, avant de formuler nos conclusions, de présenter deux observations personnelles permettant de démontrer les inconvénients que peut occasionner un traitement tardif du phimosis congénital.

OBSERVATION I (Personnelle)

M. C..., vingt-cinq ans, n'ayant ni antécédents personnels, ni antécédents héréditaires, était porteur d'un phimosis congénital n'existant que pendant l'érection.

Il fut circoncis à l'âge de vingt et un ans.

L'érection du gland qui se produisait avant l'opération, devint impossible après.

Le gland présentait une forme conique, s'affaissait pendant les tentatives d'intromission et rendait le coït difficile.

Cet état de choses tenait à ce que le gland qui n'était plus serré à sa base par le limbe préputial, ne pouvait plus rester turgescent et s'affaissait à la moindre pression.

Il n'est guère facile d'expliquer autrement cette complication, attendu que, avant la circoncision, le gland érectait facilement et se maintenait dans cet état d'érection.

OBSERVATION II (Personnelle)

M. B..., comptable, âgé de trente-six ans, opéré de phimosis congénital à l'âge de trente-cinq ans. Après la circoncision, le gland resta flasque et le coït fut absolument rendu impossible par l'absence de turgescence du gland.

Cet état amena chez cet homme une dépression psychique qui entraîna consécutivement une impuissance génitale absolue.

La dépression fut encore aggravée par le fait que ce jeune homme venant de se fiancer, dut renoncer à ses projets matrimoniaux.

Dans un autre ordre d'idées le D. Gannat de Vichy publie une observation ayant pour but de faire connaître une anomalie du prépuce.

OBSERVATION (Résumée)

15 janvier 1898. — J'examine le jeune C..., âgé de dix ans, que ses parents soupçonnaient de s'adonner à l'onanisme. Ces soupçons n'étaient que trop la vérité, comme l'avoua finalement le jeune C...

A l'examen de la verge, on constate un phimosis très accentué, s'étendant sur une longueur de 1 centimètre. Après avoir à peu près décalotté le prépuce, le gland se présenta, comme il est d'usage dans le phimosis, très mince et très effilé. Je pratiquai alors la toilette du gland et j'eus l'explication de ce qui empêchait le gland de sortir tout entier.

En effet, toute la moitié droite du gland était adhérente au prépuce et ce que je voyais n'était que sa moitié gauche, sensiblement plus volumineuse que celle cachée par le prépuce.

Il me fut impossible de libérer cette adhérence, par des tractions énergiques à l'aide de pinces. Suivant le sillon balano-préputial libre du côté gauche avec une sonde cannelée, je tentai de rompre cette adhérence ; mais tout fut inutile.

De plus, il y avait un hypospadias léger, dû sans doute à une déviation à droite par suite du développement du gland à gauche. Aussi, le méat n'était-il plus dans l'axe du pénis.

Comme traitement, je me décidai à libérer le prépuce le plus tôt possible, afin de permettre à la moitié droite atrophiée du gland de reprendre son développement.

Circoncision le 20 janvier. Après cette opération, le gland

se découvre bien, mais il reste toujours asymétrique avec un léger hypospadias.

Comme réflexion, le Dr Gannat se demande si cette malformation est due à une persistance de l'adhérence qui existe à la naissance, et qui a entraîné l'atrophie du côté droit du corps spongieux ; ou bien si elle est due à une atrophie primitive du corps spongieux.

A mon avis, la première hypothèse est plus vraisemblable, et il y a tout lieu d'admettre que l'atrophie du gland du côté droit n'a pas d'autres causes que les adhérences nombreuses l'unissent au prépuce de ce côté ; du reste nous avons eu l'occasion d'un pareil fait dans le cours de nos observations.

CONCLUSIONS

I. — Le prépuce est un organe offrant souvent des malformations congénitales très irrégulières de forme.

1° Ces malformations gênantes pendant l'enfance, peuvent devenir le point de départ de mauvaises habitudes (masturbation, etc.) ou d'accidents et d'infirmités (rétention et incontinence d'urine).

2° Chez les enfants, le gland est adhérent au prépuce dans presque tous les cas, adhérences qui ne disparaissent pas toujours d'elles-mêmes et qui, au contraire, peuvent devenir plus résistantes et entraîner une véritable soudure du gland et du prépuce.

II. — Le phimosis ou plutôt son anneau de constriction paraît, d'après nos recherches, facile à dilater chez les enfants et en général cette dilatation ne demande que du temps et de la patience.

1° Souvent la circoncision est impraticable chez les nouveau-nés ou chez les enfants faibles et débilités.

2° La circoncision ne donne pas toujours de brillants résultats et laisse souvent à désirer au point de vue esthétique. Il en est de même de la dilatation sanglante.

Du reste, parmi les nombreux traitements proposés contre le phimosis, aucun n'est exempt de tout reproche.

III. — Il est nécessaire de soigner les enfants présentant un phimosis congénital dès leur plus jeune âge.

C'est pourquoi nous avons entrepris un traitement simple qui, sans avoir aucune prétention, peut rendre souvent de grands services et prévenir de nombreuses complications du phimosis congénital.

IV. — Cette méthode nous a donné les résultats favorables que nous publions et que nous pouvons résumer de la façon suivante :

- 1^o Absence complète de douleur pour l'enfant ;
- 2^o Dilatation assez rapide du phimosis et rupture complète des adhérences balano-préputiales ;
- 3^o Traitement simple, précoce, ne laissant aucune cicatrice et prophylactique de nombreuses complications du phimosis congénital.

Vu : Le Président de la thèse
BAR

Vu : le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Fauret* (Pierre). — Traitement du phimosis par la dilatation, 1885, 36 p.
- Chalot*. — De la dilatation rapide progressive dans le traitement du phimosis congénital. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, 1885, VII, 241.
- Fortunet* (de). — Du phimosis comme cause d'incontinence d'urine chez les enfants. *Lyon médical*, 75-79, 1887.
- Mathieu*. — Phimosis. *Dict. encycl. des Sciences médicales*. Paris, 1887. Qs., XXIV, 179-251.
- Gaillard*. — Contribution à l'étude des complications du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. Paris, 1888.
- Woolley*. — Congenital phimosis and adherent prepuce. *Intercolon. M. Cong. Tr. Melbourne*, 1899, ii-234.
- Morin* (Frédéric). — Du phimosis congénital, sa fréquence, ses dangers, simples moyens d'y remédier. *Riom*, 1890. E. Gired, 4 p., 8°.
- Emerson*. — Congenital phimosis, its rational treatment. *Gaz. Bost.*, 1890, XXV, 260-270.
- Berger* (L.-E.). — Sur des accidents peu connus du phimosis congénital. Paris, 1890, G. Steinheil.
- Jeflery*. — Phimosis. *Homœp. J. Obst.*, N-Y., 1890.

- Lony* (S.-F.). — Circumcision. A consideration of the subject, with new method of treatment of infant and adult. Pacific. M. J. San Fran., 1902, XLV, 577-585.
- Snow*. — The treatment of congenital phimosis. M. J. Lond., 1903 i 1023.
- Matzenauer*. — Phimosendilatator. Wien. Klin Wehrsch., 1903, XVI, 625.
- Lemaire*. — Chirurgie conservatrice du prépuce dans le phimosis. Revue générale de clin. et de thérap. Paris, 1905, XIX, 756-758.
- Mayer dit Mayershom* (Lazare). — De la circoncision et spécialement de la circoncision rituelle envisagée au point de vue historique, hygiénique, préventif et prophylactique. Paris, 1905.
- Cathelin*. — La pathologie urinaire chirurgicale de l'enfance. Médecin Praticien. Paris, 1906, 265-267.
- Longuet*. — Chirurgie du phimosis. Progr. médic. Paris, 1906.
- Butler*. — Nervous condit. induced by phimosis and adherent prepuce. Dermat. et Génit. Urin. Saint-Louis, 1907.
- Kirmisson*. — Le Phimosis. Rev. gén. de Clin. et de thérap. Paris, 1907, XXII, 1343.
- Broca*. — Phimosis avec troubles de la miction. Tribune médicale. Paris, 1907, XXXIX, 469.
- Gannat*. — Une anomalie du prépuce. Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 1898.
- Remondino*. — Histoire de la circoncision depuis les temps les plus reculés. Philadelphie, 1891.

Wodyatt. — Circumcision for congenital phimosis. Ann. de la policlin. de Bordeaux, 1891.

Hathavay. — Treatment of phimosis. M. et S. Reporter, 1891.

Lourmeau. — Incontinence nocturne d'urine et phimosis, 1891, 3 ii, 200-214.

Bernheim (S.). — Les opérations du prépuce. Indépend. médicale. Paris, 1900, VI, 369-72.

Marion. — Cure radicale du phimosis. Semaine médicale, 1900, XX, 369-70.

Bousquet. — Les méfaits du phimosis. Centre méd. et pharm. Commeny, 1900, VI, 111-114.

Saint-Philippe (R.). — Des dangers de l'étroitesse préputiale chez les nourrissons et les avantages de la dilatation comme moyen d'y obvier.

— XIII^e Congrès internat. de méd. Sect. des maladies de l'enfance, 1900. Paris, Comp. rend. 648.

Reccas. — Phimosis congénital comme cause de lithiase. Arch. orient. de méd. et de chir. Paris, 1901, III, 121-124.

Karsbowski. — Deux cas de difformité des organes génitaux consécutive à la circoncision. Wratch. Gaz. Saint-Péterbourg, 1902, IX, 863-864.

— Procédé simple de cure radicale du phimosis. — Médecin Praticien (Journal, décembre 1905). Une anomalie du prépuce. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1898. Lithiase préputiale. Villard. Journal de médecine de Bordeaux, 28 janvier 1894.

Denucé. — Hernie et hydrocèle par phimosis. Journal de médecine de Bordeaux, 1894.

Félizet. — De la circoncision. Indication et manuel opératoire, 1891.

